

Année 1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

par

WERTH, Rudolphe

Né à JELGAVA (Lettonie)

le 26 Mars 1905

Contribution à l'étude de la Pathogénie de la Syphilis héréditaire

(Valeur et Signification de la loi de Colles)

Le Président : M. COUVELAIRE

IMPRIMERIE MOUYSET

203, Rue d'Alésia, 203

PARIS

1930

17

DOCTORAL DISSERTATION

CONSTITUTIONAL HISTORY
OF THE UNITED STATES
OF AMERICA

JOHN W. FLETCHER

NEW YORK

1900

1900

Année 1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

par

WERTH, Rudolphe

Né à JELGAVA (Lettonie)

le 26 Mars 1905

Contribution à l'étude de la Pathogénie de la Syphilis héréditaire

(Valeur et Signification de la loi de Colles)

Le Président : M. COUVELAIRE

IMPRIMERIE MOUYSET

203, Rue d'Alésia, 203

PARIS

1930



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	CUNÉO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	BRANCA.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.

MM.

ALAJOUANINE ..	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)..	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE —	Chimie biologique.
BROcq	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZÉLOT	Pathologie médicale.
ÉCAÏLE	Obstétrique.
FÉY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE ...	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMATRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ...	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELÈVRE ...	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphili- graphie.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur)	
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgic.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgic.	MOCQUOT	Clinique chirurgic.
CHEVASSU	Clinique chirurgic.	PROUST	Clinique chirurgic.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgic.
LE LORIER	Clinique obstétric.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLE -BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MA FEMME

A M. COUVELAIRE

Professeur

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a fait le grand honneur
de présider ma thèse.

Aux Maîtres qui ont inspiré ce travail

M. LEVY--SOLAL

Professeur agrégé

Accoucheur des hôpitaux.

M. TZANCK,

Médecin des hôpitaux,

en leur exprimant ma plus
profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

De Montpellier;

De Riga;

De Paris,

Je dédie cet ouvrage.

INTRODUCTION

La transmission de la syphilis des parents à l'enfant pose un certain nombre de problèmes qui contredisent toujours n'importe quelle solution ou théorie proposée.

Dans le cas ordinaire, banal, la situation est simple : tous les membres de la famille sont malades — aussi bien le père et la mère que l'enfant. Un examen approfondi ne laisse généralement persister aucun doute.

Mais il est des cas plus complexes, en raison de la latence de la syphilis ancienne par exemple, qui fait que vingt ans après les accidents apparents, nous voyons le père et la mère cliniquement et sérologiquement sains. L'interprétation est alors difficile. Comme le problème est très grave au point de vue pratique et qu'il implique une certaine responsabilité morale du médecin envers les futurs enfants de cette famille syphilitique, les auteurs modernes appliquent un précepte thérapeutique formel : traiter tous les mem-

bres de la famille, même sains cliniquement, et, notamment la mère.

Un cas particulier dans ce groupe de faits, où la maladie de l'un des trois chaînons est difficile, sinon impossible à prouver, est le suivant :

Une mère conçoit de son mari syphilitique un enfant hérédosyphilitique, tout en restant saine en apparence. Elle peut allaiter son enfant en toute sécurité, car elle ne se contaminera pas. C'est là le fait connu sous le nom de loi de Colles.

Les auteurs modernes tiennent cette mère pour syphilitique, et n'admettent pas d'exception à cette règle. En a-t-il toujours été ainsi? C'est ce que doit nous montrer l'aperçu historique.

HISTORIQUE

En 1830, Wallace, puis en 1837, Abraham Colles (*Practical observations on the venereal disease and on* Baumès, chirurgien de l'Antiquaille, de Lyon, en « sance, et qui présente cette maladie lorsqu'il est âgé 1840 (*Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes*, Lyon 1840), ont observé un certain nombre de faits, qu'ils ont exposés sous forme de règles empiriques.

Nous citons ici les passages-correspondants des deux derniers auteurs.

- 1. COLLES, loc. cit. p. 304.

« Un fait bien curieux est le suivant : prenons un
« enfant issu d'une mère, ne présentant aucun symp-
« tome vénérien apparent, et lui-même jamais exposé
« à une source d'infection postérieurement à sa nais-
« sance, et qui présente cette maladie lorsqu'il est âgé
« de quelques semaines.

« Cet enfant contaminera la nourrice la plus
« saine, qu'elle l'allaité ou qu'elle le soigne et l'élève
« seulement. Et, pourtant, on n'a jamais vu que cet
« enfant ait infecté sa propre mère, même si elle l'al-

« laitait et s'il avait des ulcérations vénériennes des
« lèvres et de la langue. »

2. BAUMÈS, loc. cit., p. 280.

« Mme B..., qui a nourri ses cinq enfants, n'a
« jamais rien pris d'aucun de ses nourrissons. Ceci
« est d'accord avec ce fait d'observation courante,
« qu'une mère, ayant porté dans son sein un enfant
« syphilitique qui doit l'infection au sperme de son
« père, ne contracte pas généralement, en nourris-
« sant son propre enfant, la maladie syphilitique,
« comme pourrait le contracter une nourrice étran-
« gère. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, car, dès le
« commencement de la gestation, le sang de la mère
et celui de l'enfant sont confondus; ils n'en font pour
« ainsi dire qu'un; et si, de cette confusion, de cette
« union devait résulter quelque inconvénient pour la
« mère, les symptômes n'attendraient pas l'époque
« de l'allaitement pour se manifester. »

Nous voyons donc que, si Colles donne à son observation la forme générale, inattaquable, Baumès, par contre, y implique un essai d'interprétation en admettant l'infection spermatique et une non-réceptivité de la mère, qu'il est incapable d'expliquer. C'est pourquoi il serait plus juste d'appeler le *fait lui-même* loi de Colles et non loi de Colles-Baumès.

Pendant plus de 30 ans on en est resté là. Ce n'est que Diday, qui, en 1867, a, le premier, donné une explication théorique de ce fait, par sa théorie de la syphilis conceptionnelle.

Théorie de la syphilis conceptionnelle

(Baumès, Diday, Pellizzari, Finger, Fournier, Bar).

Cette théorie veut que l'enfant soit syphilitique par le fait de l'hérédité paternelle, c'est-à-dire que ce soit le sperme infecté qui ait contaminé l'œuf. L'œuf est donc syphilitique dès la fécondation et par elle. Comme le placenta retient parfois le virus syphilitique (dans le cas contraire ce serait la syphilis décapitée, conceptionnelle de la mère, selon Fournier, le choc en retour, selon Ricord), la mère est indemne et, de plus, immunisée, soit par le passage d'anticorps (immunisation passive, Bar), soit par le passage de toxines (vaccination, Pellizzari, Finger).

Cette immunité peut avoir deux modalités : 1° l'organisme de la mère est immunisé d'une façon définitive — l'enfant syphilitique la laisse alors indemne (loi de Colles); 2° elle est incomplète ou passagère. L'enfant peut alors provoquer une infection, débutant, par exemple, par un chancre du sein. On a publié, en effet, au cours du XIX^e siècle une trentaine de tels faits, connus sous le nom d'exceptions à la loi de Colles.

Cette théorie a régné jusqu'à la fin du siècle dernier. En 1903, elle a été fortement battue en brèche par les attaques de Matzenauer (de Vienne), qui, dans une polémique fameuse, a prouvé la réalité de la syphilis maternelle ou placentaire.

Théorie de la transmission maternelle de l'hérédo-syphilis

(Matzenauer, Grünfeld, Riehl, Zeissl, Klein, Fildes, Krefting, Vechselmann, Augagneur, Boulanguier, Bab, Bobrie, Bayer, Boeck, Charrier, Cullerier, Carle, Rietschel, Philipp, Ecalle et d'autres).

Cette théorie dit que c'est la mère qui est toujours syphilitique avant le fœtus (« Dans la transmission de la syphilis au fœtus, c'est l'époux et non le père qui est dangereux », dit Cullerier). C'est la mère qui transmet la syphilis à l'œuf par voie transplacentaire. Il n'y a donc pas d'immunité maternelle (« il n'y a qu'un moyen de résister à la vérole, c'est de l'avoir », a dit Fournier), et si, cette syphilis maternelle a passé inaperçue, c'est que c'est une syphilis très atténuée, sans accident initial observé, ou simplement mal recherchée.

En France, c'est Bobrie qui, dans sa thèse de Paris (1911-1912), se faisant partisan de cette théorie, en exposa toute l'argumentation.

On utilisa l'avènement de la sérologie et de la recherche du tréponème pour étayer davantage cette théorie. Mais les résultats de ces recherches démontrèrent l'existence de quelques faits troublants, tout en prouvant nettement l'existence de la syphilis maternelle dans la majorité des cas.

Les auteurs modernes, eux, ont érigé la théorie de la transmission maternelle en loi, ne souffrant pas

d'exception, ce qui s'était justifié par la conclusion thérapeutique à en tirer.

Ainsi, Carle, de Lyon, formula nettement les conséquences pratiques de cette manière de voir, dans sa loi qui devait remplacer la vieille loi de Colles, en exprimant les vues actuelles.

Loi de Carle (1920)

« Une mère qui donne naissance à un enfant
« syphilitique, chez qui les accidents secondaires se
« manifestent peu après la naissance, est toujours
« syphilitique elle-même, quelles que soient ses appa-
« rences de santé. Elle peut donc l'allaiter en toute
« sécurité, mais elle doit être soumise immédiate-
« ment au traitement spécifique, qui sera par la suite
« continué régulièrement (1) ».

Voilà le point de vue actuel sur le problème, partagé par la grande majorité des auteurs. Il est beaucoup plus radical que celui de Matzenauer, l'auteur de la théorie. Car, Matzenauer dit que l'existence de la syphilis conceptionnelle ne semble pas être démontrée, mais qu'on ne peut, en aucune façon en affirmer l'impossibilité.

(1) *Presse médicale*, 1920.

OBSERVATION

En 1927, le hasard nous a donné une observation qui, disons-le de suite, semble contredire cette manière de voir.

Observation. — Mme R..., employés, âgée de 40 ans, entre le 13 avril 1927 à l'hôpital Saint-Antoine pour un avortement spontané, la grossesse datant de 3 mois au moins.

A son entrée à l'hôpital son état est des plus graves, en raison d'une hémorragie qui se prolonge et qui nécessite une transfusion sanguine.

La gravité de la situation est telle qu'on n'hésite pas à admettre comme donneur le mari de la malade, syphilitique, se disant régulièrement traité, ayant reçu plus de 200 piquûres ; enfin une cohabitation de plus de 4 ans et demi, l'existence de deux fausses-couches antérieures, avec le même procréateur, semblent donner toute latitude pour le choix de ce donneur.

Cette transfusion est pratiquée par M. Uhry, interne du service. Elle est parfaitement bien supportée et la malade se rétablit progressivement. Elle sort de l'hôpital le 7 mai et n'a pas de rapports avec son mari pendant un mois.

Le 22 juillet, la malade revient à l'hôpital pour une éruption datant de trois semaines. Cette éruption, généralisée, présente le type d'une roséole avec, en plus, quelques éléments papuleux : le type de la syphilis secondaire.

Il existe une adénopathie généralisée cervicale et épitrochléenne. Un Bordet-Wassermann pratiqué sur l'heure est

fortement positif. On note enfin la perte des cheveux, de la cephalée, une légère splénomégalie. La malade est affaiblie et présente une légère élévation de température à 37-38° tous les soirs.

Nous sommes donc en présence d'une éruption syphilitique secondaire qui remonte au début du mois de juillet. D'après les délais classiques il y a lieu de remonter à neuf semaines environ pour retrouver la date approximative du contact infectant, et l'on se trouve ainsi reporté à la semaine du 13 au 20 avril qui coïncide précisément avec la date de la transfusion sanguine.

Cette transfusion a-t-elle pu être infectante? Les observations récentes de Freuchen, de Dufour, Constantinescou et Vatamanu, Schulmann, Lévy et Guinsbourg, Feldmann, Spillmann sur l'homme, les expériences sur les animaux, de Uhlenhuth, Müller, Grossmann, Sowade, prouvent parfaitement que la syphilis peut être transmise à l'occasion d'une transfusion sanguine.

De plus, la confrontation est faite, parce que le mari est précisément un syphilitique avéré.

Les délais ont été ceux d'une syphilis banale, à accident initial ectodermique; c'est-à-dire ceux observés par la plupart des auteurs cités. Ce n'est pas étonnant, si l'on se rappelle que la syphilis banale est déjà une maladie générale dès le début, peut-être même avant l'apparition du chancre. Il est donc inutile de construire des hypothèses sur l'influence du chancre ou de son absence sur les délais d'apparition de la

roséole. La syphilis est une maladie générale d'emblée; voilà une notion qui rend inutiles les considérations sur les variations des délais classiques.

Pour revenir à notre cas, notons en passant, que la contamination n'a pu exister par les voies naturelles, puisqu'il n'y a pas eu de contact avant le mois de juin, c'est-à-dire deux ou trois semaines avant l'apparition de la roséole.

Il y a de même tout lieu de supposer que la contamination n'a pas été antérieure à la transfusion sanguine puisque la cohabitation remontait à quatre ans et demi déjà.

Malgré la rareté extrême du fait, il semble bien que nous puissions soutenir l'origine sanguine de cette syphilis. De plus l'histoire de cette syphilis se superpose absolument aux autres observations que nous venons de signaler.

Mais il est d'autres problèmes beaucoup plus importants au point de vue doctrinal que soulève cette observation.

Cette malade, ayant eu des produits syphilitiques avec un procréateur syphilitique, ayant présenté de la polyéthéthalité fœtale, symptôme si décisif, n'a pas contracté, semble-t-il, la syphilis dans ces conditions.

Elle était indemne, et il a fallu une contamination massive par voie sanguine, pour lui donner la syphilis.

Si on interroge la malade pour fouiller son passé, on établit les faits suivants. Mariée une première fois, elle a eu 3 enfants, nés à terme, dont le premier est mort, à 8 mois, de la méningite, alors que les deux autres, âgés de 18 ans et de 20 ans, sont bien portants. Le mari est tué à la guerre. La femme se remarie avec un sujet syphilitique. Elle est enceinte à plusieurs reprises et présente 4 avortements, dont les 2 premiers sont provoqués et les 2 derniers spontanés.

Il n'y a pas lieu de s'étonner des deux derniers avortements : le mari étant syphilitique, d'après les données classiques le produit de la conception l'est aussi. Mais, pour la première fois, d'une façon expérimentale, conformément à la première interprétation de la loi de Colles et contrairement à l'interprétation actuelle qu'on admet à la suite de Matzenauer, Bobrie, Carle et d'autres, la malade peut être considérée indemne, et la contamination par la voie sanguine nous en apporte la preuve absolue.

Notre observation a, peut-être, un point faible : la syphilis des œufs expulsés n'a pas été prouvée par le laboratoire.

Mais il existe de fortes présomptions en faveur de cette infection.

1) La longue cohabitation de la femme avec son mari qui l'a fécondée quatre fois;

2) L'existence de fausses-couches spontanées. La femme n'a aucun intérêt à nous cacher la nature de ses fausses-couches, puisqu'elle a avoué que les deux premières étaient provoquées; si les deux dernières l'étaient aussi, elle l'aurait dit;

3) La dernière fécondation n'est pas éloignée de la date de la transfusion infectante. Le mari a donc probablement été contagieux au moment de la fécondation.

Cette malade qui avait cohabité pendant quatre ans et demi avec un sujet syphilitique, qui avait été fécondée quatre fois par lui, qui avait présenté deux avortements spontanés, donc vraisemblablement syphilitiques, n'était pas syphilitique elle-même.

D'ailleurs, notre observation forme un ensemble homogène avec l'exception à la loi de Colles, un complexe difficile à réfuter.

Tirons donc les conclusions de cette observation.

1 La syphilis par voie sanguine, sans chancre est possible;

2) Une mère saine peut avoir des produits syphilitiques d'un mari syphilitique sans être contaminée.

ARGUMENTS DES PARTISANS DE LA TRANSMISSION MATERNELLE DE LA SYPHILIS HEREDITAIRE

Le second point de notre observation remet en question toute l'argumentation de la théorie de la syphilis placentaire exclusive.

Reprenons donc un à un tous les arguments émis des deux côtés et discutons-les ensuite.

Les partisans de la théorie placentaire suivent, pour étayer leur théorie et infirmer l'autre, à peu près le raisonnement suivant que nous essaierons de traduire par un tableau synoptique.

Arguments contre la syphilis paternelle

Pour admettre la possibilité de la syphilis conceptionnelle, il faut admettre :

L'infectuosité du sperme;

La présence du tréponème dans le spermatozoïde même;

L'infection portant sur l'ovule, sans toucher les tissus maternels;

La possibilité du développement de l'ovule, enfermant un corps étranger, en l'espèce le tréponème.

Si ces conditions se réalisent, il faut pouvoir affirmer l'imperméabilité du placenta, qui localise le virus dans l'œuf.

A côté de ces arguments théoriques, il y a des arguments d'ordre clinique, à savoir :

Un père syphilitique a souvent des enfants sains.

La mère est presque toujours syphilitique, ce qui est prouvé par :

a) La clinique;

b) La sérologie;

c) Les essais d'inoculation;

d) La non existence d'exceptions à la loi de Colles.

Nous étudierons ces arguments en nous aidant des faits publiés dans la littérature.

Le sperme et le tréponème

Bobrie dit que les recherches du tréponème dans le sperme ont toujours été négatives (Thibierge, Ravaut, Lesourd, Bab, Radaëli). On a trouvé depuis des tréponèmes dans des cas si nombreux (Marcel Pinard) que Bab fait des testicules et du sperme un lien d'élection pour le tréponème.

L'inoculation aux singes supérieurs a donné des résultats positifs déjà chez Finger, Laudsteiner, Neisser, Uhlenhuth, Mülzer et Rochon a réussi la même expérience sur l'homme (Zeissl (1)).

(1) Zeissl. *Deutsche Klinik*, 1905.

Le sperme est donc infectant.

On a encore dit que jamais on n'a observé de tréponème dans le spermatozoïde même, condition indispensable pour l'inoculation directe à l'œuf. Cela est fort compréhensible, si on considère le rapport de grandeur existant entre ces deux corps.

Bab (1) a émis l'hypothèse de l'existence de formes invisibles du tréponème, qui pourraient pénétrer dans le spermatozoïde et qui ne gêneraient pas le développement de l'œuf fécondé.

Cette hypothèse semble gagner du terrain, comme le prouve l'article de Kermorgant (2).

L'inoculation exclusive à l'œuf pourrait exister à titre exceptionnel.

Mais, en somme, toutes ces considérations sont de peu de valeur, vu l'ignorance complète, où nous nous trouvons quant à la biologie du tréponème. Elles ne valent pas les arguments cliniques : c'est là l'opinion de tous les auteurs.

L'ovule. — La même remarque pourrait s'appliquer à ce chapitre.

M. Ecalle (2) demande, si un ovule infecté peut se développer normalement. Les expériences déjà an-

(1) Bab. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1909, p. 527.

(2) Yves Kermorgant. *Progrès médical*, 17 avril 1926.

(3) Ecalle. *Médecine*, 1923-24, p. 499.

ciennes de Francotte (1) prouvent qu'un schizomycète introduit dans l'ovule est phagocyté ou éliminé — ou fait avorter l'œuf. Encore, faut-il prouver que c'est le cas du tréponème et exclure l'hypothèse de l'existence de formes invisibles.

Ces arguments accessoires doivent, évidemment, céder le pas aux arguments cliniques.

Histopathologie du placenta. — Au point de vue histopathologique, les lésions du placenta ne sont pas caractéristiques de la syphilis (Traendel, Thomsen, Mohn). Les lésions du cordon le sont beaucoup plus (1), au point de rappeler par leur structure le chancre ectodermique banal (Bondi, Thomsen (2), Manouëlian).

Les recherches de Bab (3), Frohwein, Hübschmann, Levaditi, Wallich et d'autres, ont démontré l'existence du tréponème dans le placenta. Mais il y est peu fréquent, surtout dans le placenta maternel. Baisch (4) a prouvé dans neuf cas le passage du tréponème des villosités dans les espaces périvilleux. Encore conviendrait-il de prouver que le placenta laisse

(1) Essais d'embryologie pathol. expérimentale, Bruxelles 1894.

(2) Cité d'après Knopfmacher et Lehndorff. *Jahrb. für Kinderheilkunde*, 1910, p. 71.

(3) Bab. *Münchener méd. Wochenschrift*, 1907, p. 2265.

(4) Baisch *Münchener méd. Wochenschrift*, 1909, p. 38.
Baisch Gynakologische Rundschau, 1909, p. 500.

toujours passer le tréponème, et qu'il n'existe pas d'exceptions à cette règle.

Le placenta est donc une barrière incomplète, un filtre imparfait pour le tréponème, dont l'action se laisse difficilement évaluer *a priori*.

Avec le passage transplacentaire cadre aussi le fait bien connu, que la première barrière du fœtus sur cette voie, à savoir, le foie, est toujours farci de tréponèmes. Mais, là encore, il y a des faits contradictoires; notamment les observations de Bab (1), qui dans cinq cas, n'a pas trouvé de tréponèmes dans des foies hérédosyphilitiques.

Recherches cliniques sur les femmes prétendues saines et mères d'enfants hérédosyphilitiques

Vu l'abondance des observations de divers auteurs, nous ne parlerons que d'observations récentes, publiées après l'avènement de la théorie placentaire.

Les observations de Bobrie (2), portant sur dix-neuf sujets, montrent que dans 98 % de cas, il y a de la leucomélanodermie. D'autres auteurs ont trouvé dans des cas analogues, des adénopathies rétro-cervicales, et, plus tard, des gommes, le tabès, la syphilis nerveuse. Il est donc hors de doute que l'immense majorité de ces femmes est nettement syphilitique.

(1) Bab. loc. cit.

(2) Bobrie. Thèse de Paris, 1911-12.

Cependant, des observations existent, où, aucune investigation clinique n'a pu déceler les moindres traces de syphilis. Nous allons en citer quelques-unes au chapitre suivant, car elles marchent de pair avec l'examen sérologique.

On a cité quelques cas, où une femme, ayant eu des enfants macérés ou hérédosyphilitiques avec un premier procréateur, a des enfants sains avec un mari sain (Engelhard, Weil, Nedyns-Hyde, Kassowitz, Rosinsky, Hochsinger, Behrend — en tout 16 cas). (Simon l'explique du reste par l'atténuation qu'apporte le temps). A ces cas s'oppose l'expérience journalière qui prouve juste le contraire. Mais, ils sont assez significatifs à titre exceptionnel.

La vérité est que le traitement du mari reste sans influence dans ces cas (Ecalte) (*).

Un argument des partisans de la syphilis paternelle — et non des moindres — était que, chez ces femmes on n'observe pas de chancre initial, Matzenauer (1), et, d'après lui, Bobrie observe très justement que dans 30 à 40 % de cas de syphilis avérée chez les femmes en général, le chancre a passé inaperçu, soit qu'il s'agisse de chancres nains, de syphilis peu dermatrope (Ecalte), soit qu'il y ait eu un

(*) A titre de curiosité, disons que Finger a précisé ment affirmé que le traitement du mari influe favorablement sur les enfants — déduction diamétralement opposée !

(1) Voir la bibliographie à la fin du volume.

chancre profond, utérin ou tubaire (Pinard et Hoch).

Mais des notions nouvelles ont compliqué cette question de syphilis sans chancre, ainsi qu'il en résulte des travaux de Schulmann (1), Almkvist (2), Gougerot (3), Audry et Chatelier (4).

La syphilis sans chancre semble exister parfaitement, même en dehors de notre cas, de la transfusion sanguine.

Par contre, cette explication est insuffisante, si on considère l'absence d'accidents secondaires, qu'on observe parfois dans ces cas-là. Ce point nous semble si important, que nous y reviendrons dans un chapitre spécial.

La sérologie. — C'est la réaction Bordet-Wassermann qui devait trancher définitivement la question, discutée, on le sait, dès 1903, c'est-à-dire avant sa découverte.

Elle l'a fait effectivement; du moins elle a prouvé que dans l'immense majorité des cas, ces femmes étaient, en effet, des syphilitiques latentes. Cette notion a définitivement prouvé la justesse des vues de

(1) E. Schumann. *Pratique médicale française*, 1929.

(2) Almkvist. *Dermatologische Wochenschrift*, 1913, p. 190.

(3) Gougerot *Bull. soc. médic. hôpit.*, 1921, p. 1523.

Ann. mal. vén., 1922, p. 9.

Ann. soc. méd. hôp. 1921, p. 1526.

(4) Audry et Chatelier, *Bull. soc. fr. derm. et syphil.*,

Matzenauer. Mais a-t-elle prouvé que c'était là la seule modalité possible? Des auteurs ont essayé de le démontrer, et il est apparu un phénomène curieux. Voici la liste de quelques résultats du BW chez ces femmes cliniquement indemnes et mères de produits syphilitiques :

Bauer (1) examine cent vingt-cinq femmes et trouve chez *toutes* un BW positif, soit 100 % Opitz (2) — sur dix cas — dix BW positifs = 100 %. Friedlander (3) trouve toujours un BW positif. Frankl (4) sur huit cas — 8 positifs, etc. (Cité d'après Schiborr, Thèse Strassbourg 1910).

Nous voyons donc des résultats très surprenants: car, malgré la faible valeur du BW chez la femme enceinte ou accouchée (59 % de BW positif d'après Knopfmacher et Lehdorff, 35 %, d'après Laffont et Mèle (5), ces auteurs ont trouvé un pourcentage de Wassermann positif que l'on ne trouve même pas en pleine roséole.

Sont-ce des erreurs de technique, des séries exceptionnellement heureuses ou du parti-pris?

Les autres auteurs trouvent des chiffres plus vraisemblables, mais, par contre, moins probants.

(1) Bauer, *Wien. Klin. Woch.*, 1908.

(2) Opitz, *Med. Klinik*, 1908, p. 30.

(3) Friedländer *Dermat. Zeitschr.*, 1908, p. 694.

(4) Frankl, *Müsch. med. Woch.*, 1909, p. 1531.

(5) Laffont et Mèle, *Gynécol. et Obstétrique*, 1928, p. 257.

Knopfmacher et Leindorff trouvent le BW positif dans 54 cas sur 91.

Après l'accouchement les mères indemnes présentent un BW positif dans 90 % de cas; au bout de quelques années le pourcentage tombe à 44-50 %.

Comme les syphilitiques avérées se comportent de la même façon, ces auteurs concluent à la syphilis chez ces femmes. Ils disent cependant que des exceptions ne sont pas impossibles.

Swift (1) trouve un BW positif dans 60 %;

Bering (2), dans 87 %;

Baisch (3) sur 87 femmes trouve chez 15 un Wasserman négatif. Chez ces 15 il a trouvé des tréponèmes dans le placenta maternel (4).

Tous ces auteurs sont donc d'accord pour classer ces cas dans la rubrique « syphilis latente ». (On consultera avec profit les études complètes de Bar et Daunay.)

Mais il y a des observations, exceptionnelles, il est vrai, qui montrent des faits absolument contraires à cette manière de voir.

(1) *Swift. Journ. of cutan. diseases*, 1910.
1921, p. 292.

(2) *Bering. Münch med. Woch*, 1909, n° 51.

(3) *Baisch. Münch. med. Woch.*, 1909, n° 38.

Gynékol. Rundschau, 1909.

(4) Cité d'après Scheiborr. Thèse Strasbourg, 1910.

Il reste à parler de deux arguments cliniques accessoires :

Le fait que le mari syphilitique a souvent des enfants sains, peut être expliqué sans peine par la latence d'une syphilis ancienne du mari.

Quant aux résultats négatifs des inoculations expérimentales aux femmes prétendues syphilitiques latentes, le nombre d'expériences est si petit, qu'ils perdent toute leur valeur, si on admet la syphilis latente comme le fait courant général.

OBSERVATIONS
TENDANT A DEMONTRER LA SANTE REELLE
DES FEMMES ACCOUCHEES
D'UN PRODUIT SYPHILITIQUE

Citons celle de Bab, (loc. cit.).

1° *Observation.* — Mme Joh II pare. Le 20 avril 1907, a accouché d'un enfant mort-né à la Charité de Berlin. La femme a toujours été bien portante. En 1905, accouchement normal, l'enfant meurt à 8 semaines.

Dernières règles, mi-juin 1906.

L'enfant pèse 2.400, gr., grosse rate, gros ganglions mésentériques, abcès du thymus, pemphigus syphilitique.

Le 21 avril 1907, on extirpe à la femme, qui ne présente pas d'autres signes, 2 ganglions de l'aîne droite, de la grosseur d'un pois (opération faite par Bumm).

Présence de tréponèmes dans les reins, les surrénales, le pancréas et les bulles du pemphigus de l'enfant ; mais aucun tréponème dans les ganglions maternels. Le Wassermann de la mère est négatif.

2° *Observation d'Almkvist* (1). — En disant dans l'article que nous citons, que l'impossibilité de la transmission paternelle est rejetée par la clinique, il cite les chiffres suivants : de 67 cas, tombant sous

(1) *Almkvist. Wiener Klinik*, 1929, p. 14.

la loi de Colles, 28 étaient sans antécédents syphilitiques, dont 23 avaient des séro-réactions positives, et 5 (donc 7,5 % du total) n'avaient rien, cliniquement, aussi bien que sérologiquement. Un cas fut examiné trente-six fois en 14 ans.

Le voici :

Le 4 novembre 1914, accouchement d'un enfant de 2.950 gr., présentant un exanthème papuleux et un Bw positif. Chez la mère, antécédents nuls, Wassermann négatif. En 14 ans, 36 fois Bw négatif.

Le 29 juin 1925, accouchement d'un enfant (un autre procréateur, sain), pesant 3.920 gr., toujours bien portant, toujours en observation, comme la mère. Tous les deux sains jusqu'en 1929 (date de publication de l'article). La femme n'a jamais été traitée.

3° *Observations* de Bory (1) portant sur 5 cas :

Premier cas. — 7 fausses-couches à 5-6 mois (2 maris différents), fœtus macéré.

La dernière en avril 1923. En juin, épreuve du Bw Standard donne un résultat négatif pratiquement absolu.

Aucune manifestation de syphilis connue chez la mère.

Deuxième cas. — Une grossesse à terme, puis deux avortements de macérés, le père étant syphilitique. La femme a un Bw négatif. Avec un autre procréateur, expulsion d'un macéré à 7 mois. La séroréaction Standard complètement négative.

La cinquième grossesse, traitée, donne un macéré.

Aucune manifestation de syphilis comme chez la mère.

(1) Bory. *Annales mal. vén.*, 1907, p. 902.

Soc. méd. Paris, 25 avril 1925.

Troisième cas. — 2 enfants meurent aussitôt après l'accouchement.

Troisième grossesse traitée : enfant sain.

Quatrième : enfant meurt.

Cinquième, traitée : enfant en parfaite santé.

Plusieurs BW : négatifs. Réaction Standard négative.

Quatrième cas. — Première grossesse : éclampsie sans albumine. 2 jumeaux, 1 macéré, l'autre monstrueux, meurt. Wassermann négatif. Deuxième grossesse : macéré à 8 mois, hydramnios. Placenta énorme. Epreuve Standard négative.

Un traitement intensif mène la troisième grossesse à terme.

Cinquième cas. — Première grossesse : mort-né, placenta syphilitique.

Deuxième : enfant à Bw moyennement positif.

Troisième : enfant à Bw négatif, asthmatique.

Quatrième : enfant à Bw positif, asthmatique.

Aucun signe de syphilis chez la mère. Réaction BW Standard négative chez le père et la mère. 5 ans après, la mère présente des réflexes patellaires vifs. Le LCR est normal.

4° *Observations* citées par notre maître M. Lévy-Solal (Pédiatril 1^{er} févrie 1926), riche de plusieurs exemples.

Voici une III pare de 28 ans dont les deux premières gestations ont abouti à la naissance de 2 enfants n'ayant vécu que 48 heures. Ces accidents ayant été imputés à l'incurie de la sage-femme, l'autopsie du second enfant fut pratiquée par un médecin légiste. Aucune lésion n'est relevée. On note simplement : enfant de 4 kilos. Le placenta pesait 750 gr.

Le traitement, institué avant et au cours d'une troisième gestation, eut pour résultat la naissance d'un enfant venant à terme de 3 kil. 200, placenta 500 gr.; actuellement âgé d'un an, bien portant.

V pare, dont les trois premières gestations s'étaient terminées par la naissance d'enfants morts. Réaction sérologiques négatives, absence de toute manifestation spécifique. La 4^e gestation, traitée, se termine par l'expulsion d'un enfant de 3 kilos, bien portant, aujourd'hui âgé de 18 mois.

Nous voyons donc que l'étude clinique nous permet de dégager certains points.

1° La plupart des mères d'hérédosyphilitiques et prétendues saines sont effectivement malades;

2° Le pourcentage exact ne se laisse pas dégager car :

a) Les chiffres donnés par les auteurs sont très variables;

b) Le Wassermann chez la femme enceinte n'a que peu de valeur.

3° Il est des cas où rien ne permet d'affirmer la *syphilitis de la mère*.

Voilà donc les conclusions qu'impose l'étude de la clinique et de la sérologie. Nous en arrivons aux arguments suivants.

LES EXCEPTIONS A LA LOI DE COLLES

Un des principaux arguments de Finger, le défenseur de la théorie de la transmission paternelle, a été le fait que certains de ces « Colles-Mütter (2), comme il dit, ont été infectées par leur propre enfant. Il en a réuni une trentaine. Matzenauer s'est appliqué à les discuter un à un et les a rejetés tous.

Si le fait est possible, il est très rare, et presque toutes les observations publiées sont erronées.

Bobrie groupe les critiques en quelques objections observations et les critiques des exceptions à la loi de Colles. Nous allons simplement les énumérer, en citant les noms des auteurs et renvoyons le lecteur à l'index bibliographique de notre ouvrage.

Bobril groupe les critiques en quelques objections principales, ordre, que nous suivrons :

1° Observations imprécises, manquant de détails sur le père, la mère ou l'enfant : celles de Drysdale, Trèche, Corlett, Rostinio, Guibout, Gamberini, Zingalès, Barker, Beyran;

2° Observations où la mère a eu plusieurs enfants hérédosyphilitiques (1-5), qu'elle a allaités sans

(2) Femmes auxquelles s'applique la loi de Colles.

contagion, ce qui prouverait qu'il s'agit non de chancre, mais de gommès. D'ailleurs la santé antérieure des femmes est affirmée d'après leurs dires et, objection principale : on n'a pas observé de réséole consécutive.

Cas de Brizio Cocchi, Ranke, Pelizzari, Novy, Travis Drennen, Villanova;

3° Observations où l'accident primaire de la mère est tardif, et les lésions de l'enfant font plutôt penser à une syphilis acquise. D'où, probabilité de contamination de l'enfant par un tiers : cas de Dekeyser, Casenave, Brizio Cocchi, Scarenzio, Lueth, Lucas, Coutts, Gaucher.

Voilà donc les principales objections que font Matzenauer et Bobrie.

Nous n'allons pas reprendre ces cas, pour voir, si les critiques sont bien fondées. Plusieurs auteurs s'insurgent contre cette manière de voir, notamment Bab, qui trouve les critiques injustifiées pour les cas de Ranke, Brizio Cocchi, Neuhaus, Pellizzari.

Mais il reste cinq observations que Bobrie maintient. Pour les infirmer on est obligé d'admettre certaines coïncidences : une ulcération banale du sein s'indurant spontanément sous l'influence de l'allaitement, s'infectant et provoquant une adinopathie banale.

D'autre part, la possibilité d'une roséole de retour, d'une récurrence de plaques muqueuses, fait qu'il

conteste la valeur de ces observations. Il remarque que :

1° Jamais on n'a recherché le tréponème dans la lésion

2° Jamais on n'a examiné la femme pendant la grossesse;

3° Jamais on n'a examiné le mari.

Pour pouvoir juger, nous allons citer quatre de ces cinq observation : celles de King (1), de Merz (2), de Sternthal (3), et de Rogina (4), celle de Violi (5), étant d'un intérêt moindre.

1. *Cas de King*. — Une femme, indemne de toute syphilis, accouche, en 1897, de deux jumeaux, qui ont tous les deux des signes nets de syphilis héréditaire à la naissance. La fille, faible et mal développée, avait, à la naissance, une roséole, la peau ridée et était d'aspect sénile. Le garçon, plus robuste, eut la roséole peu de jours après la naissance.

Tous les deux présentaient des condylomés anaux, du coryza et des érosions.

Quatre semaines après l'accouchement, la mère eut aux deux mamelons des chancres indurés, suivis quatre semaines après de roséole, de plaques labiales et de chute des cheveux.

(1) King in Finger. *Wiener Klinik*, 1898, et *Journ. of cutan. et genitour. dis.*, 1889.

(2) Merz, *ibidem* et *Archiv. f. Dermatol. et Syphiligr.*, 1890, Heft 4 et 5.

(3) Sternthal. *Festschrift Braunschweig*, 1897.

(4) Rogina, cité par Bab.

(5) Violi in Finger loc. cit.

Ces symptômes disparurent après un traitement spécifique.

La fille eut, en juillet, des syphilides pustuleuses et la diarrhée et mourut malgré un traitement antisypilitique.

Le garçon guérit après le traitement spécifique.

2. *Cas de Merz*, 1889. — Un homme de 34 ans a contracté la syphilis à l'âge de 29 ans. Il se marie (la syphilis se manifeste encore 2 mois après le mariage sous forme de récurrence de plaques). Il épouse une jeune fille saine.

Huit mois après cette récurrence, la femme devient enceinte et accouche à terme le 1^{er} décembre 1888, d'un enfant bien portant qui présente cependant, 15 jours après la naissance, du pemphigus et des plaques buccales.

Un mois après, c'est-à-dire six semaines après l'accouchement, la mère a au mamelon gauche un chancre induré, accompagné d'adénopathie axillaire indolore et suivi, 45 jours après de roséole, d'alopécie et de plaques buccales.

La syphilis de la mère et de l'enfant cède au traitement antisypilitique.

3. *Cas de Sternthal*, 1897. — La femme d'un commerçant, âgée de 20 ans, consulte l'auteur le 26 août 1895. Elle présente un chancre au mamelon droit, l'adénopathie et une roséole. Elle a été infectée par son propre enfant. Il est âgé de 8 semaines, a présenté, 3-4 jours après la naissance, un exanthème pustuleux et présente, au moment de l'examen, le 26 août, un exanthème pustuleux généralisé, des papules anaux, des plaques labiales et du coryza.

4. *Cas de Rogina*. — Un homme de 38 ans acquiert la syphilis et se marie dans la même année, sans se faire traiter. Sa femme a deux enfants mort-nés syphilitiques, puis un enfant vivant, qui meurt de syphilis à l'âge de deux mois.

Un mois après la naissance de l'enfant qui est allaité par sa mère; celle-ci, bien portante jusque-là, présente des rhagades aux deux mamelons, qui se transforment en ulcères et guérissent après un traitement au calomel. Un mois après, roséole disparaissant après des frictions et un traitement ioduré.

Nous voyons donc que ces observations, très rigoureuses, concordent parfaitement avec le cas observé par nous et qui en constitue une variante expérimentale.

VALEUR DES ARGUMENTS CITES

Nous nous trouvons en présence de deux ordres d'arguments.

Tout d'abord les *arguments théoriques*, tirés de la discussion sur le rôle du spermatozoïde, de l'ovule, de la barrière placentaire dans l'infection spermatique éventuelle.

Ces arguments, souvent de simples vues d'esprit, étant donné nos connaissances imparfaites de la biologie du tréponème et de la possibilité d'une forme invisible et filtrante (Herxheimer, Zulzer, Nicolas, Favre, Meirovski, Antoni, Spengler, Fuchs von Wolfring, Ross, Mc Donagh, Krystalovitz (1), sont négligeables si on les compare aux arguments cliniques.

En second lieu ces *arguments cliniques*: ici, il faut se fixer dès le début le but à atteindre. Faut-il discuter la valeur de la théorie de la syphilis maternelle (placentaire)? Certes, non. Cette théorie est la traduction exacte de la vérité : point sur lequel tous les auteurs sont d'accord.

Mais est-elle la seule vérité, traduit-elle le seul mode d'infection qui soit possible? C'est de ce point

(1) Cité d'après Golay. *Ann. mal. vén.*, 1928-29.

de vue qu'il convient de discuter la valeur des arguments cités.

Matzenauer (1) lui-même nous a mis en garde contre l'application trop exclusive de sa théorie. Son partisan, Almkvist de Vienne l'a suivi. Golay de Genève, M. Bory et d'autres considèrent que ce n'est pas là le seul mode possible de l'infection.

Nous nous trouvons en présence de trois sortes d'arguments.

1° La clinique et la sérologie;

2° Les exceptions à la loi de Colles;

3° Notre observation, qui, par certains points se rattache à ces exceptions.

Les résultats variables de l'investigation clinique et sérologique. Les cas de Bory, de notre maître M. Lévy-Solal, d'Almkvist, de Bab, semblent démontrer, qu'il existe, à titre exceptionnel, des femmes restées indemnes de toute syphilis, malgré leur fruit syphilitique.

Les quatre cas d'exceptions à la loi de Colles semblent également démontrer l'existence de ce fait. Car, dit Golay : « Certes, les exceptions à la loi de Colles sont fort peu nombreuses; certes, il peu s'agir parfois d'erreurs. De là à admettre que l'erreur est de règle et même qu'elle existe toujours, il y a un pas qu'il nous est impossible de franchir. Or, ici une seule

(1) Maltzenauer. *Wien. Wochenschrift*, 1929, p. 2.

observation incontestable a plus de valeur que cent observations contestées. »

Notre cas, qui bénéficie, grâce à une intervention thérapeutique relativement récente, d'une netteté presque expérimentale, forme, semble-t-il, avec les arguments précités, un édifice homogène.

Il faut donc, croyons-nous, remplacer la loi de Colles avec exceptions, non pas par la loi de Carle, à valeur obsolue, mais par la loi de Carle, avec exceptions également.

ARGUMENTS RECENTS DES PARTISANS DE LA TRANSMISSION SPERMATIQUE OCCASIONNELLE

Nous avons essayé de dégager des conclusions de l'étude des arguments précédents, un aperçu que nous avons tâché de rendre le plus objectif possible.

Voyons donc, quels arguments utilisent les auteurs, qui, récemment ont pris parti contre l'application exclusive du schéma de l'infection d'origine transplacentaire pure.

Ce sont notamment Almkvist de Vienne (1), Golay de Genève (2) et M. Bory (3) en France, dont nous utiliserons les articles.

Ces arguments sont tous d'ordre clinique.

1° L'existence des cas comme ceux cités par nous dans le chapitre sur le BW, prouvant l'existence d'exceptions à la loi de Carle.

(1) Almkorst. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1929, p. 27.

(2) Golay. *Schweizerische med. Wochenschrift*, 1927, p. 34.

Annales mal. vénériennes, 1928, p. 9.

(3) Bory loc. cit.

2° La véracité de quelques exceptions à la loi de Colles.

3° Nous nous permettrons d'y ajouter notre observation.

4° Un argument nouveau qui a été donné par Golay. Il dit que l'hérédo-syphilis de la 2^e génération, admise par de si nombreux auteurs, se manifeste non seulement par des dystrophies, mais aussi par des symptômes virulents (13 observations de Miliau, Jean-selme et Pinard, relatées dans la thèse d'Higouménakis 1924).

Or, la première génération hérédo-syphilitique est composée pour la moitié d'hommes. Si maintenant cet homme hérédo-syphilitique contamine sa femme, l'enfant aura une hérédo-syphilis banale, de première génération, avec tous ses caractères. Pour que ce soit une hérédo-syphilis de la deuxième génération, la femme ne devra pas avoir de syphilis acquise, elle donnera donc naissance à un produit syphilitique, tout en étant indemne. Citons l'auteur lui-même. « Si la syphilis peut se transmettre à plusieurs générations, le père doit être parfois rendu responsable de la contamination de l'ovule. Si d'autre part, l'hérédo-syphilis paternelle n'existe pas, l'hérédo-syphilis de seconde génération n'existe pas non plus. »

5° Le dernier argument, c'est l'allure tout à fait spéciale de la syphilis chez ces femmes.

Nous avons déjà parlé de tous les arguments précédents. C'est pourquoi nous nous permettrons d'isoler l'étude de cet argument dans le chapitre spécial qui suit.

ETUDE DE L'ALLURE DE LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME CLINIQUEMENT SAIN ET PORTEUSE DE GERMES SYPHILITIQUES

Nous avons montré comment les partisans de la syphilis placentaire expliquent l'absence du chancre chez ces femmes. Elle est imputée soit à une observation défectueuse, soit à l'existence d'un chancre profond. Nous y avons ajouté la possibilité de la syphilis secondaire d'emblée, sans chancre.

Mais l'absence du chancre, est-elle le seul caractère particulier de cette syphilis ? En réalité, les différences sont plus profondes, et tous les cas cités permettent d'établir une certaine échelle, allant de la syphilis avérée jusqu'à la santé complète.

La première forme : c'est la syphilis banale de la femme enceinte : chancre, accidents secondaires, BW + + +. C'est là, la forme commune et, de loin, la plus fréquente.

¹⁰² *Le second degré* : la syphilis sans chancre (pour l'une ou l'autre des raisons citées), débutant d'emblée par les accidents secondaires, avec BW positif. Les auteurs ont sans nul doute raison de la ramener à la première forme.

Le troisième degré se place déjà tout à fait à part

La femme n'a pas de chancre, mais elle n'a pas non plus d'accidents secondaires.

Elle a parfois un Wassermann positif, mais parfois, comme dans les observations de Bory, un Wassermann douteux ou même négatif.

Les seuls faits permettant d'affirmer sa syphilis, sont les fausses couches à répétitions et, surtout, l'influence heureuse du traitement sur ces fausses-couches et, comme dans les cas de Baisch, les tréponèmes dans le placenta.

C'est déjà une syphilis purement obstétricale d'emblée, sans accidents somatiques.

Parfois, on observe ultérieurement des accidents tertiaires ou nerveux, ce qui indique une imprégnation réelle.

Vient ensuite le *quatrième degré*. Il y a des fausses-couches, des enfants macérés, rarement un enfant hérédo-syphilitique à terme, monstrueux, parfois des jumeaux ; très rarement l'enfant est viable. Tout indique une atteinte profonde de l'œuf.

Quant à la femme, on n'observe ni chancre, ni accidents secondaires, le Wassermann, pratiqué à plusieurs reprises, avec toutes les garanties de minutie (épreuve Standard, de Bory), est toujours négatif. Le traitement reste sans influence. Et, ajoutons à ces groupes notre fait et les exceptions à la loi de Colles, — la femme qui peut contracter la syphilis a donc été effectivement indemne.

Nous voyons ici une échelle ininterrompue, allant des cas les plus graves (pour la mère) jusqu'à la santé complète, prouvée par la contamination ultérieure.

Nous croyons qu'on pourrait classer cette série en quatre groupes :

- 1° Syphilis banale ;
- 2° Syphilis sans chancre ;
- 3° Syphilis obstétricale d'emblée ;

4° Absence de syphilis prouvée par la contamination par le tréponème de la souche du mari : soit par le sang du mari, soit par la bouche de l'enfant.

A quoi est donc due cette syphilis bizarre que nous venons d'appeler la vraie syphilis d'emblée ? Pourquoi la femme peut-elle être réellement saine ?

Golay suppose, pour l'expliquer, une infection sanguine ou viscérale d'emblée, en l'occurrence la syphilis conceptionnelle. Nous ne le croyons pas, car l'absence du chancre ne modifie en aucune façon l'allure de la syphilis : nous l'avons vu dans notre cas, où l'inoculation sanguine d'emblée n'a épargné à la femme ni les accidents secondaires, ni le BW positif.

M. Bory explique ces cas par le séjour des tréponèmes dans le tractus utéro-tubo-abdominal, de tréponèmes qui, pour une raison inconnue, n'infectent pas la femme ou même l'immunisent. Ce serait donc un phénomène de porteur de germes.

Ceci est peu probable, car, *primo*, on ne connaît

aucun phénomène d'immunité syphilitique et, *secundo*, cette hypothèse n'explique pas l'infection ultérieure des femmes, car un porteur de germes est immunisé.

Ce qui est vraisemblable, c'est que la pathogénie de la syphilis d'emblée est à chercher non pas dans une porte d'entrée spéciale, non pas dans l'immunité mais bien dans l'état gravidique lui-même, dans la présence du fœtus.

Quant à l'explication pathogénique exacte de ce fait, elle n'a pas, à notre avis, été fournie encore, et ne peut être fournie dans l'état actuel de nos connaissances.

*
* *

Voilà donc les arguments de la discussion sur la pathogénie de la syphilis héréditaire. Le problème à résoudre s'est beaucoup modifié au cours de notre siècle.

Si, en 1903, il importait de dégager la ligne générale de la pathogénie, s'il fallait dégager les préceptes thérapeutiques, il n'en est plus ainsi à l'heure actuelle.

Actuellement, les auteurs s'efforcent d'étudier le problème non plus dans son aspect schématique, mais aussi dans ses manifestations exceptionnelles.

Ce n'est plus la statistique qui parle, c'est l'étude de cas isolés.

C'est pourquoi on est amené à admettre l'existence, à côté de la loi générale, de faits exceptionnels, prouvant la réalité, dans des cas isolés, de la contamination spermatique ou ovulaire de l'enfant et de la non-atteinte de la mère.

Nous nous permettrons de citer, à ce propos, les paroles de M. Apert, prononcées dans une discussion à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (26 avril 1929) à la suite d'une communication préliminaire de notre observation prise dans le service de M. Lévy-Solal, à Saint-Antoine :

« Je tiens à insister, disait-il, sur le haut intérêt du fait observé par MM. Tzanck et Lévy-Solal. Il a la valeur d'une expérience cruciale pour l'explication de certains modes peu compréhensibles de l'hérédité syphilitique.

« En particulier, ce fait d'observation courante, que la mère saine d'un enfant hérédo-syphilitique puisse allaiter son enfant en toute sécurité (loi de Colles-Baumès, a toujours paru d'une explication fort difficile, tellement que les auteurs les plus récents, en particulier Carle (de Lyon) n'ont trouvé d'autre solution que d'admettre que la mère, qui a porté un fœtus syphilitique, n'est saine qu'en apparence et est, en vérité, réellement syphilitique. La difficulté est alors modifiée ; elle consiste à expliquer pourquoi cette femme, prétendue syphilitique,

« reste indemne d'accidents tertiaires, de tabès, de
« paralysie générale, etc...

« Le cas de MM. Tzanck et Lévy-Solal apporte un
« élément nouveau dans la discussion. »

Après avoir analysé notre observation, M. Apert
conclut :

« L'antique conception de Fournier est donc la
bonne et l'opinion nouvelle, qui veut que les mères
d'enfants syphilitiques puissent les allaiter parce qu'en
réalité elles sont atteintes de syphilis latente, est
controuvée. »

CONCLUSIONS

1. Colles remarque qu'une femme ne présentant « aucun symptôme de syphilis » peut donner naissance à un enfant porteur de lésions syphilitiques. Elle peut l'allaiter en toute sécurité et ne se contamine pas.

Il note le fait mais ne l'explique pas.

2. Diday donne l'interprétation suivante : Il s'agit d'une infection strictement ovulaire, d'origine spermatique. L'œuf malade a immunisé la mère.

C'est la thèse de la *syphilis conceptionnelle du fœtus* et de l'*immunité maternelle*.

3. Les auteurs modernes, revisant les lois fondamentales de l'hérédo-syphilis expliquent le fait observé par Colles, en invoquant l'existence d'une syphilis latente chez la mère, car, ainsi que le dit Fournier : « Il n'y a qu'un moyen de résister à la vérole, c'est de l'avoir ». C'est la thèse actuelle : *syphilis maternelle et contamination transplacentaire du fœtus*.

4. Les observations connues sous le nom d'*exceptions à la loi de Colles*, concernant les cas de contamination de la mère par son nourrisson, prouveraient, pour les anciens, une insuffisance de l'immu-

nité maternelle et seraient controuvées par les modernes.

5. En réalité, les faits sont plus complexes :

A) Le fait général, de beaucoup le plus fréquent, est expliqué par la théorie moderne de l'origine maternelle de l'hérédo-syphilis.

La femme contracte la syphilis de son conjoint et la transmet à l'enfant par voie transplacentaire. Son immunité apparente traduit, en réalité, une syphilis banale, plus ou moins latente, avec ou sans chancre, à accidents secondaires discrets, décelables par un examen minutieux, à Wassermann positif.

B) Dans certains cas, l'imprégnation syphilitique est beaucoup plus discrète.

L'œuf est gravement atteint. La mère ne présente aucun signe : ni chancre, ni accidents secondaires; le Wassermann est négatif.

On peut alors observer trois modes d'évolution clinique :

1° L'apparition, à longue échéance, d'accidents tertiaires, de syphilis nerveuse ou de réaction sérologique faiblement positive à un moment donné, permet d'affirmer la syphilis ;

2° La contamination ultérieure à brève échéance, de la femme non soumise à un traitement, permet de rejeter une syphilis préalable ;

3° L'absence de tout accident au cours de la vie ne permet aucune conclusion.

En résumé : A côté de la syphilis héréditaire, d'origine maternelle, transplacentaire (fait général), on peut exceptionnellement admettre l'existence d'une syphilis conceptionnelle.

Vu : *Le Doyen*
H. ROGER

Vu : *Le Président*
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Syphilis conceptionnelle, syphilis maternelle, la loi de Colles*

Almkvist. — Possibilité de la transmission paternelle de la syphilis. (Acta dermatol venereologica 9-52 juin 1928.)

— Est-il démontré que la syphilis paternelle ne peut se transmettre au fœtus? (Wiener Klinik, 1929, p. 14.)

— Has the impossibility of paternal transmission of syphilis to fœtus been demonstrated? (Urol. and Cutan., Review 1927, p. 693.)

Arym. — Colles' immunity. (Lancet Clinic. Cincinnati, 1911, p. 241.)

Apert. — Discussion. (Bull. soc. méd. hôpitaux, 26 avril 1929.)

Angagneur et Carle. — Précis des mal. vénériennes, 1906.

Baumès. — Précis théorique et pratique des maladies vénériennes. Lyon, 1840.

Behrend. — La soi-disant loi de Colles est-elle une loi ou non ? (Ann. derm.-syphil., 1883, p. 71.)

Bobrie. — Syphilis postconceptionnelle et hérédité syphilitique. (Thèse Paris, 1911-12.)

Carito. — Esiste la sifilide concezionale? (Gom. nternaz. d. scienc. med. Napoli, 1908, p. 66.)

Carle. — Notes sur l'hérédo-syphilis. (Annales de la dermatologie : février 1908, février 1911, avril 1912, septembre 1913. Province médicale, Lyon 1911. Congrès de Lyon, oct. 1911. Congrès de Rome, avril 1913.)

— Consultations médicales, 1913.

— Les nouvelles lois de l'hérédo-syphilis. (Presse médicale, 1920, p. 244.)

Caspary. — Zur Genese der hereditären Syphilis (Archiv. f. Derm und Syphiligr., p. 3.)

Chambreleut. — Sur un cas de syphilis conceptionnelle. (Gaz. hebdomad. sciences méd. Bordeaux 1893.)

Charmeil. — La syphilis conceptionnelle. (Echo médical du Nord, 1904, p. 37.)

Colles. — Practical observations on the venereal disease and on the use of mercury. Dublin, 1837.)

Diday. — Traité de la syphilis des nouveaux-nés, 1854.

— Syphilis par conception. (Gazette médicale de Lyon, 1867, p. 99 ; 1868, pp. 239, 265, 277, 289 ; Annales dermato-syph., 1887, p. 304.)

Duffield — Syphilis by conception. (Medical News, Philadelphie, 1894, p. 295.)

Dufour et Huber. — (Bull. Société méd. hôpitaux, 30 avril 1910.)

Eccalle. — Que doit-on penser aujourd'hui des lois de Colles et Proféta ? (Médecine 1923-24, p. 499.)

Finger. — (Wiener medizinische Presse, 1903.)

Fischl, Epstein, Brein. — Experimentelle Beiträge zur Erforschung der Kongenitalen Syphilis. (Mouatschr. f. Kinderheilkunde, 1927, p. 497.)

Fournier A. — Syphilis et grossesse (Tribune médicale, 1895.)

— Loi de Colles-Baumès (Union médicale, 1889, p. 194. Bull. médical, 1889, p. 115.)

— Syphilis conceptionnelle. (Semaine méd., 1889, p. 17.)

Allaitement d'enfant né de père syphilitique. (Revue pratique de travaux méd. 1896, p. 385.)

Gaucher. — L'hérédité syphilitique maternelle et paternelle. (Gazette méd. belge, 1910-11, p. 835.)

— La syphilis héréditaire. (Bul. méd. Paris, 1904, p. 833.)

Girault. — La syphilis héréditaire et le spirochète de Schaudinn. (Thèse Paris, 1909.)

Hochsinger. — Über syphilis der Foetus und Neugeborenen. (Wiener med. Presse, 1898, p. 839.)

— Das Colles' sche Gesetz und Choc en retour bei Heredo-syphilis. (Wiener med. Wochenschr., 1897, p. 2.140).

Kassowitz. — Die Vererbung der Syphilis. Wien 1876.

Maltzenauer. — Discussion sur la pathogénie de la syphilis. (Wiener med. Presse, 1903, p. 805); Allgemeine Wiener med. Zeitung, 1903, pp. 107, 118, 130, 143; Wiener Klinische Wochenschr., 1903, pp. 175, 229, 263, 292, 325, 363, 392).

— Vererbung der Syphilis. Ist eine paternale Vererbung erwiesen? (Wiener Klin. Wochenschr., 1929, p. 2).

Ogilvie. — Colles' law and its exceptions. (Med. Brief Saint-Louis, 1907, pp. 661, 753.)

Pestalozza. — La legge di Colles. (Riv d'ostet e ginec. prat., 1922, p. 129.)

Philipp. — Studie über die Gesetze von Colles und Propheta.
(Zentralbl. f. Gynekologie, 1928.)

Pini. — Del contagio dello sperma sifilitica. (Giorn. ital. mal.
venr., 1909, p. 69.)

Ravogli. — Influence of paternal inheritance of heredo-
syphilis. (Amer. Journ. of Dermat., 1905, p. 329.)

Rochon. — (Médecine moderne, 1896, p. 233.)

Tomassoli. — Vererbung der Syphilis oder Vererbung des
Syphilismus? (Festschrift Moritz Kaposi, 1900, p. 61).

Pathogénie de l'hérédosyphilis et la réaction de Wassermann
Bab. — Beitrag zur Bakteriologie der kongenitalen Syphilis.

(Münch. med. Wochenschrift, 1907, p. 2265.)

— (Zeitschr. für Geburtshilfe u. Gynäkologie, 1907,
p. 161 et 291.)

— (Zentralbl. für Gynekologie, 1909), p. 527.

Baisch. — Münch. med. Wochenschr., 1909, p. 38.

— Gynäkol. Rundsch., 1909.

Bar. — (Bull. Académie de Médecine, 1912, p. 256.)

Bar et Daunay. — Recherches sur le sérodiagnostic chez
la femme enceinte et l'enfant nouveau-né (BW). (L'obsté-
trique, Paris 1909, p. 192.)

— Valeur de la réaction de Wassermann chez le nou-
veau-né. (Société Biologie, Paris 1908, u. 1085.)

Bauer. — Das Colles'sche und Propheta'sche Gesetz im
Lichte der modernen Serumforschung. (Wiener Klin.
Woch., 1908).

Behring. — A propos de la syphilis congénitale. Münch. Med.
Wochenschrift, 1910, u. 219.)

- Deutsche med. Wochenschrift, 1910, p. 219.)
- L'origine de la syphilis congénitale (Jadassohus Jahrbuch, 1912.)
- Blumenthal.* — (Berliner Klin. Wochenschrift, 1909, p. 618).
- Bory.* — La syphilis conceptionnelle. (Soc. médicale, Paris, 25 avril 1925.)
- (Soc. dermatologie et syphiligraphie, 1925.)
- Bunzel.* — Zur Serodiagnostik der Lues in der Geburtshilfe (Wiener Klinik, 1909, p. 1230).
- Daunay.* — BW en obstétrique. (Ann. de Gynécologie et d'obstétrique. Paris, 1911, p. 728.)
- (Arch. mens. d'obstétrique et gynécol., 1912, pp. 320, 389.)
- Engelmann.* — Beitrag zur Serodiagnostik der Lues i. d. Geburts-Hilfe (Zentralbl. für Gynäkologie, 1909, p. 85).
- Frankl.* — (Congrès de Gynécologie, Strassbourg, 1909.)
- (Münchener Med. Wochenschr., 1909, p. 1531).
- Friedländer.* — (Dermatologische Zeitschrift, 1908, p. 694).
- Gioseffi.* — La loi de Colles et le Wassermann. (Gazetta degli Ospedal, 1911, n° 66.)
- Knöpfelmacher u. Lehdorff.* — Das Colles'sche Gesetz (BW). (Jahrb. für Kinderheilkunde, 1910I, p. 71).
- (Medizinische Klinik. 1909, p. 1506).
- Laffont et Mèlé.* — Valeur du Wassermann, etc. (Gynécologie et Obstétrique, 1928, p. 257.)
- Ledermann.* — (Deutsche med. Wochenschrift, 1908, n° 41).
- Lessier.* — (Berliner Klin. Wochenschrift. 1908, p. 523).
- Lévy-Sotal.* — De la prophylaxie de l'hérédosyphilis. (Pédiatrie, 1926, p. 20.)

- Mühsam.* — (Berliner Klin. Wochenschrift, 1908, p. 14.)
Müller. — (Wiener Klin. Wochenschrift, 1908, n° 9.)
Opitz. — (Medizinische Klinik, 1908, n° 30.)
Rad und Plaut. — Münch. med. Wochenschrift, 1909, p. 41).
p. 41.)
Rietschel. — (Medizinische Klinik, 1909.)
Schiborr. — Dass Colles'sche Gesetz im Lichte der modernen Forschung. (Thèse Strassbourg, 1910.)
Swift. — (Journal of cutan. diseases, juillet 1910.)
Thomsen u. Boas. — BW dans l'hérédosyphilis. (Arch. für Dermat. et Siphilographie, 1912, p. 91.)
Wassermann. — Congrès de Lille, 1909 et Société française pour l'avancement des sciences, août 1909.)
Zeissel. — Deutsche Klinik. 1905.

Les exceptions à la loi de Colles

- Barker.* — (British medical journal, 1895.)
Bergh. — Kongenitale syphilis durch paterne infektion, (Monatsschr. für prakt. Dermatologie, 1893, XVIII.)
Beyran. — Transmission de la syphilis du père à l'enfant et de l'enfant à la mère. (Union médicale, 1862, p. 456.)
Bory. — Sur les exceptions à la loi de Colles (cas Gaucher). (Ann. mal. vénér., 1907, p. 902.)
Casenave. — In Diday. Traité.
Cocchi, Brizzio. — Deux cas d'exception à la loi de Colles. (Gaz. médic., Lombard, 1858.)
Corbett. — Notes of the status of Colles' Law. (Journal of genitour. diseases, 1897, p. 125.)

Drysdale. — Cases bearing the question whether paternal syphilis, etc. (Medical News, London, 1868, p. 634).

— Pathologie u. Therapie der Syphilis. Stüttgart, 1882.

Finger. — Die Lues congenita, etc. (Wiener Klinik, 1898.)

Frèche. — Une exception à la loi de Colles. (Journal médical Bordeaux, 1909, p. 91.)

Gamberini. — (Bull. della soc. med. Bologna, t. VI).

Gaucher. — Une exception à la loi de Colles (Bull. soc. franç. de dermat., et syphiligr., 1907, p. 404.)

Guibout. — Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau, 1879, p. 154.)

King. — Exception à la loi de Colles. (Journ. of cutan. et genitour. diseases, 1889.)

Lucas. — A Lotmer infected with primary syphilis from her own child. (Brit. med. journal, 1894, p. 1236).

Luetch. — In Berg. Monatsschr. für prak. Dermatologie, 1893.)

Marshall. — Exceptions to Colles' Law, etc. (Treatment, London 1897-98, p. 512.)

Merz. — (Archiv. für Dermatol. und Syphiligr., 1890, heft 4-5.

Novy. — (Wiener Klinische Wochenschr., 1903).

Pellizzari. — In Jullien. Traité des mal. vénériennes. Paris, 1886.

Ranke. — Tageblatt der Naturforscher versammlung. Kassel, 1878).

Rostinio. — Trattato del male frances. Venezia, 1859.

Rogina. — In Bab loc. cit.

Scarenzio. — Sifilide congenita per diretta influenza paterna (Giorn. ital. delle mal. venere, 1880.)

Sternthal. — Festschrift Braunschweig.

Violi. — In Finger (Viener Klinik, 1898, p: 105.)

Villanova. — (Revista de Cienc. med. Barcelona, 1911, p. 481).

Zingalès. — (Institut. di anatomia pathol., Turin 1892, t. I.)

Syphilis par transfusion sanguine

Constantinescou et Vatamanou. — Un cas de syphilis d'emblée par transfusion sanguine. (Ann. maladies vénériennes, 1929, n° 3.)

Dufour. — Bull. Société médicale des hôpitaux de Paris, 6 mai 1929.

Feldmann. — Revue franç. de dermat. et vénéréol., juin 1928.

Lévy et Guinsbourg. — American Journ. of syphilis, 1927, n° 3.

Morel. — Syphilis intraveineuse d'emblée. Thèse Nancy, 1926.

Schulmann. — La syphilis sans chancre, 1929.

Spillmann et Morel. — Bull. société franç. dermat et. syphiligraphie, juin 1926.

